

Vyjádření ošetřujícího lékaře

o zdravotním stavu žadatele o poskytnutí sociální služby osobní asistence

1. Žadatel:

Jméno a příjmení

Narozen (*den, měsíc, rok*).....

Bydliště (*obec, ulice, číslo, PSČ*).....

.....

2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

.....

3. Objektivní nález:

.....

4. Duševní stav:

.....

5. **Agresivita:** ANO NE

Alkoholismus: ANO NE

.....

6. Souhrn diagnóz:

.....

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ MELIUS
registrovaný poskytovatel sociální služby osobní asistence
Na Petřínách 310/82, Praha 6 - Veleslavín, PSČ 162 00 • tel. +420 775 555 524

7. **Míra soběstačnosti:** plně soběstačný

 částečně závislý na pomoci druhé osoby

 plně závislý na pomoci druhé osoby
-

Samostatné zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu: ANO NE

Samostatná schopnost přípravy jídla: ANO NE

Schopnost se sám najíst: ANO NE

Samostatně dodržuje pitný režim: ANO NE

Samostatně dodržuje léčebný program: ANO NE

Prostorová orientace samostatná: ANO NE

Ulehnutí na lůžko: **bez pomoci** druhé osoby **s pomocí** druhé osoby

Vstání z lůžka: **bez pomoci** druhé osoby **s pomocí** druhé osoby

Chůze po schodech: **bez pomoci** druhé osoby **s pomocí** opěry

Chůze je doporučena: bez hole s pomocí hole s pomocí jedné berle
 s pomocí chodítka s pomocí dvou berlí

Pohyb na invalidním vozíku: ANO NE

Zvládnutí bez pomoci oblékání a svlékání: ANO NE

Schopnost péče o chrup nebo zubní protézu, vlasy, nehty, holení: ANO NE

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ MELIUS
registrovaný poskytovatel sociální služby osobní asistence
Na Petřínách 310/82, Praha 6 - Veleslavín, PSČ 162 00 • tel. +420 775 555 524

Schopnost se sám vykoupat nebo osprchovat, osušit: ANO NE

Schopnost se sám obout: ANO NE

Inkontinence: žádná občas v noci trvale

Samostatné zvládnání chodu domácnosti: ANO NE

Prostorová orientace samostatná: ANO NE

Lékařská péče je potřebná: pravidelně občas

V péči specializovaného oddělení - *kterého*:

Nutnost dodržování zvláštní péče - *jaké*:

8. **Schopnost samostatně jednat** o sestavení individuálního plánu osobní asistence a ve věci uzavření smlouvy o poskytování sociální služby podle ustanovení § 39 osobní asistence, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

ANO NE

Dne:.....

.....
podpis a razítko ošetřujícího lékaře